Medical Library

Ueber
die intraperitoneale Stielbehandlung
bei Fibromyomen des Uterus.

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medizinischen Fakultät

der Königl. Universität zu Greifswald

am

Donnerstag, den 17. März 1897

Mittags 12 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Paul Fleischer

aus Oberschlesien.

Opponenten:

Herr Dr. Neulen.

Herr Dr. Busse.

Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1897.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0139

Dem Andenken

seiner lieben Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Kaum hat irgend ein anderes Kapitel in der Pathologie der weiblichen Sexualorgane die gynäkologische Welt derartig beschäftigt, wie das der Myombehandlung. Hat doch nicht blos die Indicationsstellung für die Myomotomie, sondern anch die Art und Häufigkeit des Eingriffs und die Technik der einzelnen Behandlungsmethoden eine stetige Änderung erfahren, und sind ja auch heute noch nicht die Acten geschlossen über die Frage, welche Art der Versorgung des Stumpfes bei Laparo-Myomectomieen die beste sei, ob die intraperitoneale oder die extraperitoneale. Während bei der erstgenannten Methode der nach der Entfernung des Tumors zurückbleibende Stumpf innerhalb des Peritoneums vernäht und dann in die Tiefe versenkt wird, wird bei der extraperitonealen Behandlungsweise die Schnittfläche des Stumpfes so in der Bauchschnittwunde befestigt, dass Blut und eventuelle Wundsekrete nach aussen in den Verband gelangen müssen.

Jede der beiden Stielversorgungsmethoden hat ihre Anhänger und Gegner und dementsprechend auch ihre Vorzüge und Nachteile aufzuweisen.

Als Uebelstände der ältesten extraperitonealen Behandlungsweise werden angeführt: Die Schwierigkeit der exacten Versorgung des Schnürstrumpfes, die Spannung, welche durch die Adhärenz an den Bauchdecken hervorgerufen wird, die Notwendigkeit des

späteren öfteren Verbindens, zuweilen feuchte Nekrose des Stumpfes, die lange Dauer der völligen Heilung, die Unanehmlichkeit einer zurückbleibenden Uterusbauchdeckenfistel, und endlich die breite Bauchnarbe, die Veranlassung zu einer Bauchhernie geben kann. Die Mängel, welche der intraperitonealen Methode anhaften, sind nicht so zahlreich, aber von um so grösserer Bedeutung quoad vitam; sie bestehen in Nachblutung und vom Stumpf ausgehender Sepsis. Dagegen hören alle Unannehmlichkeiten der Nachbehandlung für die intraperitoneale Behandlungsweise mit einem Schlage auf, wenn sich über dem versenkten Stiel die Bauchwunde geschlossen hat, und höchstens kann, abgesehen von Blasencomplicationen, wenn dieselbe verletzt war, das Ausstossen der Nähte unter Eiterung den Verlauf der Heilung in die Länge ziehen, vorausgesetzt, dass keine ernste Infection erfolgt ist. Es kommen für sie ferner in Wegfall hauptsächlich die grössere Disposition zu Bauchhernien und die Zerrung des Stumpfes mit ihren Begleiterscheinungen.

Dass trotzdessen die extraperitoneale Methode vor der intraperitonealen eine lange Zeit hindurch bevorzugt wurde, hat seinen Grund darin, dass die Resultate der letzteren vor der der ersteren bedeutend zurückstanden, bevor die Asepsis bis zur heutigen Vollendung gelangt war. Fritsch, der zunächst die intraperitoneale Behandlungsweise anwendete, von dieser dann zur extraperitonealen Methode überging, um sich schliesslich wieder der intraperitonealen zuzuwenden, giebt ebenfalls an, dass ihn nicht Prinzipien, sondern die Statistik, die besseren Erfolge Anderer, zwangen, die intraperitoneale Methode aufzugeben. Und in der That finden wir in der Litteratur, dass die extraperitoneale Stielversorgung zu einer Zeit, wo

die Asepsis noch nicht die heutige Vollkommenheit erreicht hatte, bessere Erfolge zu verzeichnen hatte als die intraperitonale.

Gusserow (Gusserow, Neubildungen des Uterus und Hofmeier, Myomotomie) stellte 1877 im Ganzen 86 Fälle von Amputationen des Uterus mit Stielbehaltung, nach Péan, mit 41 Genesungen und 45 Todesfällen, also einer Mortalität von 52% zusammen.

Bei einer genauen Zusammenstellung aller Fälle von Hysteromyomectomie aus älterer Zeit kommt Kikkert (De Stomptbehandeling bij Hysteromyomectomi. Leiden 1891) zu folgendem Resultat:

A. Operationen mit extraperitonealer Behandlung bis Hegar:

48: genesen 24, tot 24. Mort. 50%.

B. Operationen mit intraperitonealer Behandlung bis Kleeberg:

42: genesen 11, tot 31. Mort. 73,81%.

Bigelow (American Journal of obstetr. 1882 u. 1884 (Hofmeier, Myomotomie) konnte 1883 folgende Zahlen feststellen:

A. Fälle mit extraperitonealer Behandlung:

247: geheilt 143, tot 104. Mort. 42%.

B. Fälle mit intraperitonealer Behandlung:

84: geheilt 50, tot 34. Mort. 41%

Jedoch sollen der Arbeit Bigelow's nach Kikkert viele Fehler unterlaufen, welche von diesem in seiner Zusammenstellung richtig gestellt wurden.

Hofmeier bringt in seinem „Grundriss der gynäkologischen Operationen" eine Statistik von 256 Fällen mit intraperitonealer Behandlung und 28% Mortalität gegen 200 extraperitoneal behandelte Fälle mit 15% Mort.

Dagegen berechnet Wehmer (Zeitschrift für Geb.

und Gyn. Bd. XIV. 1888) an 312 intraperitoneal behandelten Fällen die Mortalität auf 28,2% und an 262 extraperitonealen mit 24%.

Was den Unterschied in den Zahlen von Hofmeier und Wehmer anbelangt, so kommt dies daher, dass ersterer bloss von deutschen Operateuren behandelte Fälle benutzte, während letzterer auch die englischer und französischer Autoren, die zudem noch von diesen in den ersten Zeiten operiert wurden und das Hauptkontingent zu Rikkerts Ziffern stellen, mit hinzunahm, welche natürlich infolgedessen weitaus schlechtere Erfolge aufzuweisen hat, so hat z. B. Spencer Wells bei 26 intrap. Fällen 38% und bei 20 extraperitonealen sogar 50% Mortalität. Lassen wir die ausländischen Operateure weg, so ergiebt sich für die intraperitoneale Stielbehandlung bei 286 Fällen eine Sterblichkeit von 27% und für die extraperitoneale bei 61 von 14%.

Der schon erwähnte Rikkert hat zugleich eine Statistik von, bis ca. 1890, operierten Fällen angefertigt und findet dabei:

A. Intraperitoneale Methode:

596 Fälle: genesen 419, tot 177, Mort. 29,69%.

B. Extraperitoneale Methode:

672 Fälle: genesen 535, tot 137, Mort. 20,38%.

Ferner stellt er die Operateure besonders zusammen, die über mehr als 10 Fälle verfügen:

A. Intraperitoneal:

366 Fälle: genesen 287, tot 79, Mort. 21,58%.

B. Extraperitoneal:

485 Fälle: genesen 404, tot 81, Mort. 16,7%.

Letztere Zahlen zeigen, dass auch die Übung der Operateure einen gewissen Einfluss auf die Güte der Erfolge ausübt.

An den trotzdem ziemlich hohen Mortalitätsziffern Rikkerts ist neben dem Umstand, dass er Operateure mit wenigen, ja eine ganze Masse mit nur einer Operation, einrechnet, noch weiter schuld, dass er nicht immer, wie von seinen Landsleuten, den Niederländern, die bis 1891 gemachten Operationen beizieht, sondern meist Operationsreihen älteren Datums bringt, so, um ein Beispiel anzuführen, von Schroeder blos die ersten 58 Fälle mit 18 Todesfällen.

Dessenungeachtet bekommen wir, wenn wir, wie bei Wehmer, die Deutschen eliminieren, für sie verhältnismässig günstige Zahlen:

A. Intraperitoneal:

313 Fälle: genesen 223, tot 90, Mort. 28,43 %.

B. Extraperitoneal:

382 Fälle: genesen 321, tot 60, Mort. 16 %.

In jedem Falle sind sie günstiger als in der Gesamtstatistik. Dass sie aber immerhin noch ziemlich hoch sind, dafür spricht das Beispiel Schroeder.

Ganz wesentlich anders gestalten sich die Unterschiede der Mortalitätsziffer bei der extra- und intraperitonealen Stielbehandlung in den letzten 5 Jahren, in welcher Zeit sich die Ergebnisse der intraperitonealen Behandlungsweise mit der weiteren Ausbildung der Technik und der sicheren Verhütung der Sepsis bedeutend gebessert haben, sodass sie entschieden der extraperitonealen Methode vorzuziehen ist. Ich entnehme aus einer fleissig zusammengestellten Statistik von Friedrich Hauck (Inaugural-Dissertation über extraperitoneale Stielbehandlung bei Hysteromyomectomie 1895), welcher vorzugsweise die in den letzten 4—5 Jahren operierten Fälle zusammengestellt und nur ausnahmsweise und in nur wenigen Fällen etwas weiter zurückgreift, sodass diese

Statistik vollständig mit der Einführung der Asepsis in die Operationstechnik Hand in Hand geht und sich eben dadurch von den angegebenen Statistiken sehr wesentlich unterscheidet, folgende Zahlen:

I. Extraperitoneal.

A. Von deutschen Operateuren.

308 Fälle: 283 genesen, 25 tot, 8,17 % Mort.

B. Von ausländischen Operateuren:

258 Fälle: 236 genesen, 22 tot, 8,53 % Mort.

566 Fälle: 519 genesen, 47 tot, 8,31 % Mort.

II. Intraperitoneal.

A. Von deutschen Operateuren:

307 Fälle: 278 genesen, 29 tot, 9,44 % Mort.

B. Von ausländischen Operateuren:

343 Fälle: 310 genesen, 33 tot, 9,63 % Mort.

650 Fälle: 588 genesen, 62 tot, 9,54 % Mort.

Diese Zahlen beweisen nun zur Genüge, in welch innigem Zusammenhang die Verbesserung der Prognose bei Hysteromyomectomie mit der Asepsis steht, und dass bei Beurteilung der Mortalität kaum auf die Technik als solche, als vielmehr auf die anatomische Beschaffenheit des Stumpfes, den Allgemeinzustand der Patientin, deren Widerstandsfähigkeit und auf die Indicationsstellung das Augenmerk zu richten ist. Des ferneren zeigen sie, dass von einem Unterschied zwischen den Resultaten deutscher und ausländischer Operateure, wie ihn andere Statistiken angeben, nicht die Rede sein kann.

Was für uns aber das Wichtigste ist, ist der Umstand, dass die intraperitoneale Methode mit ihren Mortalitätsziffern kaum nennenswert hinter der extraperitonealen zurücksteht. Und es ist ja auch klar,

dass es so kommen musste. Kommen wohl beiden Methoden die Vorteile der Asepsis zu Gute, so trägt eben doch die intraperitoneale den Löwenanteil davon, da ja nun, zumal die fortgeschrittene Technik die Gefahr der Nachblutung auf ein Minimum herabgedrückt hat, der Stumpf ziemlich gefahrlos in die Bauchhöhle versenkt werden kann.

Heinrich Fritsch spricht sich in seinem „Bericht über die Gynäkologischen Operationen des Jahrgangs 1891/92" folgendermassen über die extra- und intraperitoneale Stielversorgung bei Myomoperationen aus: „Die extraperitoneale Behandlung ist wie bei der Ovariotomie eine primitive Methode, ein Uebergangsstadium, eine Methode der noch unvollkommenen Technik. Bei allen Operationen muss es das Bestreben sein, nach Entfernung eines Tumors, wie nach Vollendung einer Operation die Hautwunde zu schliessen. Dies ist ohne Zweifel das Vollkommene. Auch in der Wundbehandlung im Allgemeinen hat es ein Stadium der offenen Wundbehandlung, des permanenten Bades etc. gegeben. Auch dort ist das instinctive Drängen dahin gegangen, eine schöne, gut heilende Hautwunde zu erzielen, und die langdauernden Heilungen per granulationem auszuschliessen." Nachdem Fritsch dann weiter anführt, dass er in späteren Jahren viele mit der extraperitonealen Methode behandelten Fälle gesehen habe, bei denen sich an der Stelle des eingenähten Stumpfes recht lästige, und namentlich armen, schwer arbeitenden Personen grosse Beschwerden machende Bauchbrüche ausgebildet hatten, fährt er in seiner Kritik in folgender Weise fort: „Heutzutage ist die Technik auf einem so hohen Standpunkt, dass wir mehr verlangen, als dass die Patientinnen die Operation überstehen. Auch für die

Zukunft soll die Gesundheit eine tadellose sein. Ist eine Patientin von Myom befreit, tauscht sie aber dafür einen schmerzhaften Bauchbruch oder eine langdauernde Eiterung ein, so vergisst sie die früheren Leiden, vergrössert die augenblicklichen und hält sich nicht für vollkommen geheilt. Wir wollen aber unseren Operierten einen Zustand untadelhaften Befindens verschaffen."

In der Königl. Universitäts-Frauenklinik zu Greifswald wendet Herr Geheimrat Pernice ebenfalls seit den letzten Jahren die intraperitoneale Stielversorgung bei Myomoperationen an und hat mit dieser Methode ganz ausgezeichnete Erfolge aufzuweisen. Durch seine Güte ist es mir gestattet, 19 Fälle von Myomoperationen mit intraperitonealer Stielbehandlung, die in den letzten 2 Jahren in der hiesigen Frauenklinik vorgenommen wurden, zu veröffentlichen. Unter diesen 19 Patientinnen sind 18 als völlig geheilt entlassen worden, nur bei einer einzigen trat der Exitus letalis infolge von Peritonitis ein. Ich will nun im folgenden zunächst die einzelnen Fälle aufzählen und sodann die in der hiesigen Klinik bei Myomoperationen übliche Operationsmethode etwas eingehender beschreiben.

Fall 1.

Frau H. aus Greifenhagen b. Stettin.

Aufgenommen am 25. IV. 1895, operiert am 2. V. 1895, geheilt entlassen am 28. V. 1895.

Anamnese: Pat. ist 40 Jahr alt, hat mit 19 Jahren geheiratet, ist regelmässig menstruiert, hat 4 Kinder gehabt, letzten Partus vor $2^1/_2$ Jahren, nach dem Wochenbett 6 Wochen unausgesetzt geblutet, mit Stücken, dann Regel wieder in regelmässigen Pausen, $1^1/_2$ bis $3^1/_2$ Wochen anhaltend, immer stärker werdend,

zuletzt mit wehenartigen Schmerzen. Vor $1\frac{1}{2}$ Jahren Curettement bei einem Arzt, danach $\frac{1}{2}$ Jahr Besserung, Juli 1894 wieder zum Arzt. Ausspülungen, Tropfen. Hierauf 3 Monate garnicht geblutet, sodann alter Typus. Seit 3 Monaten rapider Kräfteverfall, 50 Pfund Gewichtsabnahme.

Status: Mässig kräftige Frau, von noch ziemlich starkem Panniculus, schlaffe Muskulatur, gerötete Wangen, normale Schleimhäute. Brüste gross, weich, kein Colostrum. Alte Striae, Nabel eingezogen, Linea alba pigmentiert, schlaffe Bauchdecken. Von einer Hervorwölbung durch eine Geschwulst merkt man nichts. Die angestellten Messungen ergeben auf beiden Seiten gleiche Masse.

Bei der bimanuellen Untersuchung ist die Portio nach hinten gedrängt, äusserer Muttermund etwas geöffnet mit Narben. Durch das vordere Scheidengewölbe ist ein Tumor deutlich durchzufühlen, der nach links hin fast bis zum Nabel reicht, nach rechts hin sich mehr und mehr abflacht und platt ist. Man kann ihn deutlich im oberen Teil begrenzen, aber nicht sehr weit nach links hin verschieben. Unzweifelhaft geht der Tumor vom Uterus aus.

Diagnose: Fibromyoma submucosum.

Operation: Supravaginale Amputation des Uterus im Zusammenhang mit dem Tumor, am 2. Mai 1895.

Geheilt entlassen am 28. Mai 1895.

Fall 2.

Fräulein L.

Aufgenommen am 24. IV. 1895, operiert am 27. IV. 1895, gestorben am 2. V. 1895.

Anamnese: Pat. ist 38 Jahre alt, früher leidlich gesund, hat stets bemerkt, dass sie einen etwas

starken Leib hat. Mit 15 Jahren bekam sie ihr Unwohlsein, dasselbe kehrte alle 4 Wochen wieder, war immer regelmässig und dauerte 5—6 Tage. Vor 5 Jahren erkrankte sie sehr schwer an Influenza und war bezüglich ihres Nervensystems 6 Monate in der hiesigen psychiatrischen Klinik, von wo sie schliesslich als völlig geheilt entlassen wurde.

Status: Pat. ist mässig ernährt, die sichtbaren Schleimhäute sind gerötet, die Brüste sind mässig entwickelt ohne Pigmentierung. Der Bauch ist bis zur Nabelgegend namentlich rechts stark aufgetrieben, die Bauchhaut ist glatt und ohne Narben, die Linea alba ist fast garnicht pigmentiert. Der Nabel ist etwas eingezogen, links von der Linea alba und überhaupt nach der linken Seite hin sind eine Anzahl Flecken, wo das Pigment völlig fehlt. Bauchumfang über dem Nabel 85 cm, zwischen Nabel und Symphyse $87\frac{1}{4}$ cm, Spina links 18 cm, Spina rechts $20\frac{1}{2}$ cm. Man fühlt wesentlich in der rechten Bauchgegend unterhalb des Nabels 15 cm nach rechts und 4 cm nach links einen prall elastischen, mässig fluctuierenden Tumor, der blos an der vorderen Wand eine nicht ganz eigrosse Härte zeigt und bis auf die Symphyse herabragt. In den letzten Wochen nahm er beträchtlich zu. Bei Druck lässt er sich vollständig nach der linken Seite herüber verschieben. Der Percussionsschall ist auf dem Tumor völlig leer, über demselben und rechts und links neben ihm tympanitisch. Empfindlichkeit zeigt die Geschwulst nirgends.

Bei der inneren Untersuchung ist der Uterus vollständig nach vorn und rechts dislociert, der ganze hintere Beckenraum von einer prall elastischen, bis fast an den Beckenausgang reichenden Geschwulst eingenommen, die sich aus dem Becken auch nicht

nach oben hin in irgend einer Weise verschieben lässt. Bimanuell fühlt man, dass die vorn liegende Härte der mässig vergrösserte Uterus ist, weil er bei Verschiebung deutlich mit der Portio zusammenhängt, und dass der Tumor also, da man zwischen Uterus und die Geschwulst garnicht dazwischen kommen kann, ebenso wenig wie zwischen Vaginalportion und Tumor von unten, ein Fibromyom ist. Der Tumor lässt sich von dem Uterus weder von oben noch nach unten isolieren.

Diagnose: Fibromyoma subserosum et intramurale.

Operation am 27. IV. 1895. Supravaginale Amputatio uteri im Zusammenhang mit dem Tumor.

Exitus letatis am 2. V. 1895.

Sectionsergebnis: Ausgedehnte acute eitrige fibrinöse Peritonitis. Reichliche Secretansammlung im kleinen Becken. Zersetzung desselben. Die Wundränder des über dem Stumpf zusammengenähten Peritoneums zeigen diphtherischen Belag und sind weit geklafft. Der Stumpf ist nekrotisch.

Fall 3.

M. F., 49 Jahr, aus Wolgast.

Aufgenommen am 13. V. 1895, operirt am 14. V. 1895, geheilt entlassen am 11. VI. 1896.

Anamnese: Stets gesund gewesen, vor 3 Jahren Influenza gehabt, erste Regel mit 15 Jahren, regelmässig, alle 4 Wochen, 4tägig, bis vor 3 Jahren. Vor 9 Jahren bemerkte Pat. in der Ileocoecalgegend einen etwa hühnereigrossen Tumor, der vom Arzt für Perityphlitis gehalten wurde. Chronische Obstipation. Gleichzeitig stellte sich an der Innenseite des linken Knies eine Anschwellung ein, zuerst von Haselnuss-

grösse, die jetzt die Grösse einer Faust erreicht hat (Lipom). Vor 6 Jahren hatte der Tumor im Unterleib Strausseneigrösse erlangt. Stillstand im Wachstum bis vor ½ Jahr, seitdem rapides Wachstum. Seit der letzten Regel keine Blutung und nur wenig Beschwerden, bis das schnelle Wachstum eintrat. Vor 3 Jahren Ergotinkur, 2 Jahre hindurch.

Status praesens: Bauch besonders rechts vom Nabel sehr stark aufgetrieben. Umfang in Nabelhöhe 87 cm, zwischen Nabel und Symphyse 95,5 cm, Entfernung vom Proc. xiph. bis zur Symphyse 43 cm, Spina links 24 cm, Spina rechts 28 cm. Bauch glatt, Linea alba nicht pigmentiert, keine Striae. Percussion oberhalb des Tumors sowie rechts und links neben dem Tumor tympanitisch bis 4 Finger über dem Nabel. Derselbe zeigt mässige Beweglichkeit, zahlreiche knollige Erhabenheiten, sowohl auf der rechten wie auf der linken Seite. Der Tumor erstreckt sich quer über den Bauch, von einer Hüftbeinschaufel zur anderen, rechts nach oben 4 Finger breit über den Nabel, links bis Nabelhöhe. Von den eben erwähnten Knollen, zeigt ein grösserer rechts undeutliche Fluktuation (in Nabelhöhe), alle übrigen zeigen grössere Festigkeit. Ödeme an den Extremitäten sind nicht vorhanden.

Bei der bimanuellen Untersuchung ist der Uterus retrodextrovertiert, nicht vergrössert und lässt sich mit dem Tumor verschieben.

Diagnose: Multiple Fibromyome des Uterus.

Operation: Am 14. V. 1895. Supravaginale Amputation des Uterus.

Geheilt entlassen am 11. VI. 1895.

Fall 4.

Frau M.

Aufgenommen am 6. VI. 1895, operiert am 12. VI. 1895, geheilt entlassen am 26. VI. 95.

Status praesens: Die Kranke ist gut genährt, schwache Rötung der Wangen, bleiche Schleimhäute, Brüste collabiert, Warzenhof nicht pigmentiert, kein Colostrum, Bauch vollständig glatt, mässige Faltenbildung, alte Narben nicht vorhanden, frische Striae rechts und links, Nabel eingezogen, Linea alba pigmentiert, untere Bauchgegend bis zum Nabel aufgetrieben. Percussion: tympanitischer Schall bis 2 Finger breit oberhalb des Nabels, von da ab bis zur Symphyse gedämpft, rechts und links vom Tumor tympanitischer Schall. Durch die Bauchdecken fühlt man bis 2 Finger breit über dem Nabel einen festen Tumor mit glatten Wandungen, der unempfindlich ist, und von der Linea alba nach rechts 6 cm, nach links 10 cm in die Bauchhöhle sich erstreckt. Neben dem Haupttumor fühlt man auf der linken Seite, scheinbar durch einen Strang mit diesem in Verbindung, einen kleinen, ebenfalls harten, circa eigrossen Tumor. Bauchumfang über dem Nabel 82 cm, zwischen Nabel und Symphyse 86 cm, Entfernung zwischen Proc. xiph. und Symphyse 33 cm, Spina links 19 cm, Spina rechts $18^{3}/_{4}$ cm. Der Tumor zeigt mässige Beweglichkeit von rechts nach links und lässt sich von der Symphyse, auf der er aufliegt, nach oben translocieren.

Bimanuell: Scheide weich, aufgelockert, im vorderen Scheidengewölbe fühlt man deutlich einen festen Tumor, die Portio etwas nach hinten verdrängt. Der äussere Muttermund ist geschlossen, der Tumor lässt sich rechts seitlich bis zur Beckenwand verschieben, füllt das ganze rechte und vordere Scheiden-

gewölbe aus, während das hintere frei ist. Derselbe lässt sich mit vollster Sicherheit als im Zusammenhang mit dem Uterus stehend palpieren. Man muss annehmen, dass er von der vorderen und rechten seitlichen Wand des Corpus und Fundus uteri ausgeht und interstitiell gelegen ist. Die Uterushöhle ist bis auf 12 cm verlängert.

Diagnose: Multiple interstitielle Myome des Uterus.

Operation: Am 12. VI. 1895 Supravaginale Amputatio uteri.

Geheilt entlassen am 26. VI. 95.

Fall 5.

Frau K. G., Arbeiterfrau, 53 J. aus Schivelbein. Aufgenommen am 22. X. 1895, operiert am 2. XI. 1895, geheilt entlassen am 5. XII. 1895.

Anamnese: Pat. ist vom 14. Jahre bis vor einem Jahr, wo die Menopause eintrat, regelmässig menstruiert. Zunehmendes Stärkerwerden des Unterleibs seit etwa $^1/_2$ Jahr, starker Druck in demselben, zeitweise Beschwerden beim Urinieren und Unmöglichkeit dazu, sodass katheterisiert werden musste.

Status: Bei der Inspektion zeigt sich die Bauchhaut glatt, ohne Narben, ohne Striae, Nabel eingezogen, Linea alba schwach pigmentiert. Man sieht gleich links unter dem Nabel eine runde Geschwulst von der Grösse eines Hühnereies. Die untere Bauchgegend ist stark aufgetrieben, während über dem Nabel die Bauchdecken eingesunken sind. Bei der Perkussion ist oberhalb, sowie rechts und links neben der Geschwulst tympanitischer Schall. Bei der Palpation fühlt man grade in Nabelhöhe einen festen, mässig beweglichen, bei Verschiebung etwas empfindlichen Tumor, der nach links $6^1/_2$ nach rechts etwas

oben 7 cm von der Mittellinie entfernt, endigt. Bimanuell zeigt sich die Scheide mässig eng, das vordere Scheidengewölbe ist leer, der Cervix beinah vollständig verstrichen, der äussere Muttermund für die Fingerspitze zugänglich, der Douglas und das ganze hintere Becken ist von einer Geschwulst eingenommen, welche dieselben Konturen zeigt wie der äusserlich gefühlte Tumor. Jede Bewegung von oben pflanzt sich auf den unterwärts gelegenen Tumor fort. Umfang oberhalb des Nabels 72 cm, zwischen Nabel und Symphyse 76 cm, Entfernung vom Proc. xiph. bis zur Symphyse 29 cm, Spina rechts $15^1/_2$ cm, Spina links 17 cm.

Diagnose: Subseroeses und intramurales resp. submucoeses Fibromyom.

Operation: Am 2. XI. 95 Supravaginale Amputatio uteri.

Geheilt entlassen am 5. XII. 1895.

Fall 6.

Frau J. Q., Försterwitwe, 42 Jahr alt. Aufgenommen am 2. XI. 95, operiert am 9. XI. 95, geheilt entlassen am 10. XII. 1895.

Anamnese: Pat. ist seit ihrem 16. Jahre regelmässig menstruiert. Seit etwa 6 Jahren merkte sie eine langsame, aber stetig wachsende Härte im Unterleib, die Menses wurden seit dieser Zeit ganz unregelmässig und stark; es besteht Schmerzgefühl und Spannung im Unterleib und fast unaufhörliche, bald mehr, bald weniger starke Blutung.

Status: Magere schlaffe Muskulatur, blasse Schleimhäute, Brüste collabiert, klein; Herztöne normal, Bauchhaut glatt, Linea alba schwach pigmentiert, Nabel im unteren Teile eingezogen. Umfang des

Bauches in Nabelhöhe $83\frac{1}{2}$, zwischen Nabel und Symphyse 87, Spina links $20\frac{1}{2}$, rechts 23, Proc. xiph. bis Symphyse 36 cm. Schon bei der Inspektion ist der Tumor sich deutlich abgrenzend zu erkennen, bei der Palpation ist er 3 cm unter dem Proc. xiph. zu fühlen; nach rechts reicht er 18 cm, nach links 13 cm in die Bauchhöhle herein. Der Tumor zeigt überall vollständig glatte Oberfläche, ist prall elastisch, nach rechts etwas härter als links. Auf der linken Geschwulstkante befindet sich eine taubeneigrosse, bewegliche, durch Stränge mit dem Haupttumor befestigte kleine Geschwulst, die sich nach abwärts bis auf die Symphyse, nach aufwärts bis auf die Höhe der Geschwulst dislocieren lässt. In den unteren Partieen des Tumor ist deutliches Uteringeräusch zu hören und zu fühlen. Der Perkussionsschall rechts, links und über dem Tumor ist deutlich tympanitisch. Bei der Untersuchung per vaginam normale Scheidenverhältnisse, äusserer Muttermund grübchenförmig eröffnet, Vaginalportion 1 cm lang, stark nach vorn gedrängt, im hinteren Scheidengewölbe dieselbe pralle Geschwulst wie äusserlich, es ganz einnehmend und auch nach links darüber zu fühlen.

Diagnose: Myoma subserosum uteri.

Operation: Am 9. XI. 95. Myomotomie.

Geheilt entlassen am 10. XII. 95.

Fall 7.

Frau C., 34 Jahr, aus Usedom.

Aufgenommen am 4. XI. 95, operiert am 6. XI. 95, geheilt entlassen am 30. XI. 95.

Anamnese: Pat. ist seit 9 Jahren verheiratet. Als Kind ist dieselbe gesund gewesen. Die Regel trat mit 16 Jahren ein, war im Anfang unregelmässig,

wurde später stärker, im 22. bis 23. Jahr wurden die Blutungen sehr beträchtlich. In späterer Zeit war die Menstruation unregelmässig dreiwöchentlich und ziemlich stark. In der Ehe hat die Kranke anfangs an Vaginismus gelitten, der vor $3^1/_2$ Jahren beseitigt wurde; jetzt ist sie davon vollständig frei. Seit 3 Jahren machen sich wiederum Unregelmässigkeiten in der Regel bemerkbar, dieselbe ist abwechselnd stark, im Frühjahr war eine 8- jetzt eine 6wöchentliche unausgesetzte Blutung vorhanden, zuweilen mit Coagulis. Ausfluss ist nicht dagewesen, Urinieren ohne Beschwerden, dagegen ist Obstipation vorhanden.

Status praesens: Pat. ist klein und mager, Muskulatur schwach, sichtbare Schleimhäute trotz der Blutungen leidlich rot, Brust gut entwickelt, Warzen prominent, kein Colostrum. Bauch nur wenig aufgetrieben, glatt, narbenlos, Linea alba nicht pigmentiert, Nabel eingezogen, links über der Symphyse eine kleine Vorwölbung bemerkbar. Bei der Palpation fühlt man bis 2 Finger unter dem Nabel nach links gerichtet einen glatten, mässig beweglichen Tumor, der nach rechts $1^1/_2$ Finger breit über die Mittellinie, nach links 5 Finger breit über dieselbe sich erstreckt. In der ganzen Umgebung des Tumors ist der Schall deutlich tympanitisch, über demselben leer. Scheideneingang ziemlich weit, Vaginalportion stark nach hinten gedrängt, äusserer Muttermund etwas geöffnet, Cervix verkürzt. Durch das vordere Scheidengewölbe fühlt man deutlich den harten Tumor, der sich seitlich etwas verschieben lässt. Bei der Untersuchung nicht unbeträchtliche Blutung, Uterushöhle um $1^1/_2$ cm verlängert.

Diagnose: Fibromyoma submucosum uteri.

Operation: Am 6. XI. 95 Supravaginale Amputatio uteri.

Geheilt entlassen am 30. XI. 95.

Fall 8.

Frl. F. aus Zarnitz.

Aufgenommen am 11. II. 96, operirt am 15. II. 96, geheilt entlassen am 9. III. 96.

Anamnese: Pat. ist 30 Jahre, früher gesund, erste Regel mit 15 Jahren, 2—3 Tage, mässig stark, am ersten Tage dabei Rückenschmerzen. Seit $1^1/_2$ Jahren bemerkt sie einen harten Gegenstand im Leibe der ziemlich rasch gewachsen ist. Letzte Regel vor 8 Tagen.

Status: Die Kranke sieht blass und abgemagert aus, sichtbare Schleimhäute normal gerötet, Fettpolster mässig entwickelt. Bauchdecken vollständig glatt, keine Striae, Linea alba pigmentiert, Nabel im unteren Teile eingezogen, im oberen etwas hervorgetrieben. Bauchumfang: In Nabelhöhe $75^1/_2$, zwischen Nabel und Symphyse 86, Spina rechts $18^1/_2$, Spina links $16^1/_2$, Entfernung vom Proc. xiph. bis Symphyse 35 cm. In der Bauchhöhle befindet sich ein Tumor, der rechts stärker als links entwickelt ist, eine vollständig glatte Oberfläche zeigt, etwas beweglich von rechts nach links und absolut unempfindlich ist. Derselbe reicht nach oben bis zwei Finger über den Nabel, 15 cm links und rechts von der Linea alba. Uteringeräusch nirgends zu hören. Die bimanuelle Untersuchung ergiebt, dass der Uterus nach links und hinten verlagert ist; durch das vordere Scheidengewölbe fühlt man den harten Tumor unbeweglich vorliegend. Die Sonde dringt ohne Schwierigkeiten und in normaler Länge, mit der Koncavität nach vorn,

nach links hin in den Uterus ein, die Portio lässt sich leicht nach unten dislocieren; es ist somit wahrscheinlich, dass es sich um eine Fibromyom handelt.

Diagnose: Fibromyoma subserosum uteri.

Operation: Am 15. II. 96 Myomotomie.

Geheilt entlassen am 9. III. 96.

Fall 9.

Frau W. P., Statthalterfrau, 53 Jahre, aus Dersewitz bei Anklam.

Aufgenommen am 1. IV. 96, operiert am 4. IV. 96, geheilt entlassen am 26. IV. 96.

Anamnese: Pat. ist seit ihrem 15. Lebensjahre bis vor 2 Jahren regelmässig menstruiert. Schmerzen im Rücken und namentlich im Mastdarm. Stuhl angehalten, zeitweise starkes Drängen beim Urinlassen.

Status: Pat. ist von kräftigem Bau und gesunder Farbe. Der Uterus ist retroflectiert und zeigt an seiner hinteren Wand mehrere etwa wallnussgrosse, knollenartige Erhabenheiten, die den Mastdarm in sein Lumen zurückdrücken. Die Sonde dringt mit der Koncavität nach unten in den Uterus in einer Länge von $8^1/_2$ cm ein.

Diagnose: Multiple Myomata subserosa uteri.

Operation: Am 4. IV. 96. Myomotomie.

Geheilt entlassen am 26. IV. 96.

Fall 10.

Frau K. aus Peschnitz.

Aufgenommen am 15. V. 96, operiert am 19. V. 96, geheilt entlassen am 24. VI. 96.

Anamnese: Pat. ist 42 Jahre alt, mit $12^1/_2$ Jahren zum ersten Mal menstruirt, vom 14. bis 18. Jahre blieb die Regel weg, während dieser Zeit hochgradig chlorotisch. Mit 18 Jahren trat die Regel

wieder ein, das Befinden besserte sich, die Menses wurden stark und dauerten ca. 8 Tage. Verheiratet mit 32 Jahren, 4 Kinder, das jüngste 5 Jahr. Seit dieser Zeit noch stärkere Regel und eine entstehende fühlbare Härte im Bauch. Weihnachten eine starke 14 Tage dauernde, dann 14 Tage vor Ostern bis vor 3—4 Tagen anhaltende schwächere und stärkere Blutung. Während derselben Drängen, Schwächegefühl im Unterleib, Mattigkeit.

Status: Sehr mässig genährte Kranke, blasse Schleimhäute, Herzthätigkeit normal, Puls 80. Bauchdecken glatt, Linea alba nicht pigmentiert, Nabel eingezogen, Unterbauchgegend hervorgewölbt. In der Bauchhöhle fühlt man einen festen Tumor, der bis 2 Finger unter den Nabel reicht, 11 cm nach rechts, 10 cm nach links von der Linea alba sich erstreckt, eine ziemlich feste Konsistenz hat, im oberen Teile hart, im unteren mehr weich ist, links unten eine leichte Empfindlichkeit zeigt; bei Verlagerung nach der Seite hin sinkt derselbe über und ist beweglich. Die Scheide ist aufgelockert, weich und nachgiebig, die Vaginalportion etwas nach links stehend, 10 cm lang, äusserer Muttermund geöffnet, ziemlich resistent. Im vorderen Scheidengewölbe kann man den Tumor deutlich durchfühlen. Umfang in Nabelhöhe 77½ cm, zwischen Nabel und Symphyse 85 cm, Spina links 18, Spina rechts 17 cm.

Diagnose: Myoma submucosum uteri.

Operation: Am 19. V. 96. Supravaginale Amputatio uteri.

Geheilt entlassen am 24. VI. 96.

Fall 11.

Frl. M. E., Wirtschafterin, 44 Jahr, aus Meesiger bei Demmin.

Aufgenommen am 29. V. 96, operiert am 5. VI. 96, geheilt entlassen am 30. VI. 96.

Anamnese: Pat. ist seit ihrem 17. Lebensjahr regelmässig menstruiert, zuletzt vor 14 Tagen. Seit Weihnachten starke Menses, Schmerzen im Leib, Stuhl angehalten.

Status: Kräftige Person, normale Schleimhäute, ziemliches Fettpolster am Bauch. Nabel eingezogen, alte Narbe in der Linea alba ohne jeden Bauchbruch geheilt, sonst Narben nicht wahrzunehmen. Umfang in Nabelhöhe 85 cm, zwischen Nabel und Symphyse 90, Spine links 16, rechts $15^1/_2$ cm. Bauch nicht aufgetrieben, weich; 3 Finger über der Symphyse etwas links ziemlich harter, an der Oberfläche etwas unregelmässiger Tumor von ungefähr Faustgrösse, nur sehr wenig nach der Seite verschiebbar und absolut unempfindlich. Vaginalportion nach vorn gerichtet. Hinter derselben fühlt man unregelmässige kleine Geschwülste, dem Uterus aufsitzend, vor dem Uterus einen mässig beweglichen harten, mit der vorderen Wand scheinbar in innigster Verbindung stehenden Tumor.

Diagnose: Multiple Fibromyomata subserosa uteri.

Operation: Am 5. VI. 96. Myomotomie.

Geheilt entlassen am 20. VI. 96.

Fall 12.

Frau M. B., Arbeiterfrau, 61 J., aus Krebsow.

Aufgenommen am 11. VI. 96, opperiert am 17. VI. 96, geheilt am 10. VII. 96.

Anamnese: Pat. ist seit ihrem 16. Lebensjahre bis vor 9 Jahren, wo die Menopause eintrat, regelmässig menstruiert, hat 5 normale Wochenbette,

das letzte vor 20 Jahren, durchgemacht. Seit fast 17 Jahren merkt sie einen Druck im Leibe und eine langsam entstehende Geschwulst, seit 14 Tagen zeitweise Schwierigkeit bei der Urinentleerung, der Stuhl ist angehalten.

Status: Leidlich genährte Kranke, mässige Fettpolster, nur stärkere Fettanhäufung in der unteren Bauchgegend. Brüste atrophisch. Schleimhäute gerötet, schlaffe Bauchdecken, zahlreiche alte Striae, untere Bauchgegend bis zum Nabel aufgetrieben, eine Geschwulst bis zum Nabel wahrnehmbar, hart, von rechts nach links beweglich, mit glatter Oberfläche, bei Druck nicht empfindlich. Der Tumor reicht etwas mehr in die rechte, als linke Hälfte hinein. Perkussion oben und seitlich vom Tumor deutlich tympanitisch. Bei bimanueller Untersuchung liegt die Portio vaginalis ziemlich in der Mittellinie des Beckens, $\frac{1}{2}$ cm lang, narbig, man kann auch ein Stück der Portio supravaginalis fühlen. Bei stärkerem Hinaufdrängen des rechten Scheidengewölbes fühlt man den Tumor, der eine bedeutende Härte zeigt. Jede Bewegung desselben pflanzt sich deutlich auf die Vaginalportion fort. Es ist nicht möglich, die Sonde tiefer als 4 cm in die Uterinhöhle einzuführen. Umfang des Bauches in Nabelhöhe 81 cm, zwischen Nabel und Symphyse 91, Spina links 18, rechts 17, Entfernung vom Proc. xiph. bis zur Symphyse 31 cm.

Diagnose: Myoma submucosum uteri (Sarkomatös entartet.)

Operation: Am 17. VI. 96. Supravaginale Amputatio uteri mit dem Tumor.

Geheilt entlassen am 10. VII. 96.

Fall 13.

Frau J. N., Ackerbürgerfrau, 46 J., aus Wruchen, Kreis Rügen.

Aufgenommen am 18. VI. 96, operiert am 22. VI. 96, geheilt entlassen am 1. VIII. 96.

Anamnese: Pat. ist seit ihrem 17. Lebensjahr unregelmässig menstruiert, hat 3 normale Geburten, die letzte vor 13 Jahren, überstanden. Seit etwa 5 Jahren merkt dieselbe eine im Leibe entstehende Geschwulst, die immer grösser geworden ist, erschwerte Urinentleerung, unregelmässige immer stärker werdende Blutungen.

Status: Kräftig gebaute, aber stark anämische Frau, sichtbare Schleimhäute auffallend blass, am Herzen ein systolisches Geräusch wahrnehmbar. Brüste welk und schlaff, Abdomen vorgewölbt, zahlreiche alte Striae, keine frische, Nabel im oberen Teil prominent, im unteren eingezogen. Umfang des Bauches in Nabelhöhe 89, in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse 99, Spina links 24, rechts 22 cm, Entfernung vom Nabel bis zur Symphyse 22 cm. Bei der Palpation des Abdomen, die nicht schmerzhaft ist, fühlt man einen harten, an der Oberfläche glatten Tumor, der nach oben bis 2 Finger breit unter den Nabel ragt, nach links sich 15 cm, nach rechts 11 cm über die Lina alba erstreckt. Die bimanuelle Untersuchung ergiebt: Scheideneingang ziemlich weit, aus der Scheide entleert sich fortwährend etwas Blut, die Portio steht normal, ist $1^1/_2$ cm lang. Am äusseren Muttermund Narben. Der von aussen auf den Tumor ausgeübte Druck pflanzt sich ungehindert in jeder Richtung auf die Portio fort, der Tumor steht also mit dem Uterus in directem Zusammenhange und ist über mannskopf gross.

Diagnose: Myoma intramurale et submucosum.

Operation: Am 22. VI. 96. Supravaginale Amputatio uteri.

Geheilt entlassen am 1. VIII. 96.

Fall 14.

Frau K. aus Greifenhagen.

Aufgenommen am 23. VI. 96, operiert am 28 VI. 96, geheilt entlassen am 19. VII. 96.

Anamnese: Pat. ist 36 Jahre alt, seit 11 Jahren kinderlos verheiratet. Mit 15 Jahren die erste Menstruation, regelmässig, anfangs nicht stark, seit der Verheiratung sind die Regeln nach und nach immer stärker geworden. Vor 3 Jahren wegen sehr starker Blutungen ausgekratzt, doch ohne Erfolg. Nach der Blutung starke Schwäche, die nicht völlig bis zur neuen Regel schwand, Schmerzen bei der Regel unbedeutend, wehenähnlich, Appetit gut, Stuhlgang regelmässig.

Status: Mässig genährte, blasse Frau mit leidlicher Muskulaturentwickelung, Schleimhäute blass. Die Bauchdecken vollständig glatt, Linea alba etwas pigmentiert, links Infiltration infolge einer Einspritzung, Nabel verstrichen, Bauch ziemlich aufgepumpt. Bei der bimanuellen Untersuchung findet man die Vaginalportion stark nach hinten gerichtet, 1 cm lang, von normaler Konsistenz. Der Uterus ist anteflectiert, 1½ Faust gross, hart und steht ungefähr über der Symphyse. Die Beweglichkeit ist verhältnissmässig gering, Empfindlichkeit fast garnicht vorhanden.

Diagnose: Fibromyoma uteri submucosum.

Operation: Am 28. VI. 96. Supravaginale Amputatio uteri.

Geheilt entlassen am 19. VII. 96.

Fall 15.

Frau F. W., Arbeiterfrau, 46 J., aus Strelow bei Grimmen.

Aufgenommen am 10. VII. 96, operiert am 15. VII. 96, geheilt entlassen am 5. VIII. 96.

Anamnese: Pat. ist immer gesund gewesen. Die Menses waren regelmässig in vierwöchentlichen Zwischenräumen, nur einen Tag stark, die übrige Zeit schwach. Vor 5 Jahren Typhus, seit dieser Zeit gelegentliche Schmerzen im Leib, seit 14 Tagen erhebliche Steigerung derselben; jede Bewegung bereitet Unannehmlichkeiten.

Status: Blasse Frau, sichtbare Schleimhäute gerötet, Muskulatur mässig, Fettpolster sehr schwach, Herz normal, Hühnerbrust. Brüste leidlich entwickelt, Eczem der Warzenhöfe. Unterbauchgegend stark aufgetrieben. Umfang in Nabelhöhe 65, zwischen Nabel und Symphyse 78, Spina links 18, rechts $18^1/_2$ cm. Perkussionsschall vom Proc. xiph. bis Nabel tympanitisch, ebenso rechts und links in den Hypochondrien, leer vom Nabel bis zur Symphyse. Bauchdecken faltig, einige frische Striae. Bei Druck unterhalb des Nabels nach links mässige Empfindlichkeit. In der Bauchhöhle ein Tumor, vollständig glatt, sehr derb, von rechts nach links mässig beweglich; er reicht bis zum Nabel nach links $11\,^1/_2$, nach rechts 10 cm in die Bauchhöhle und ist 24 cm lang. Den Tumor kann man bei der Untersuchung deutlich in das Becken herein verfolgen. Bimanuell: Sehr enger Scheideneingang, das ganze vordere Scheidengewölbe mehr nach rechts als nach links, wo es vollständig frei ist, ebenso die ganze rechte Seite des Scheidengewölbes wird ausgefüllt von einem prallen derben Tumor, der bei äusserem Druck der Bewegung folgt.

Vaginalportion $^1/_1$ bis $^1/_2$ cm lang, rechts vom Muttermund eine Narbe, Muttermund etwas geöffnet; jede Bewegung des Tumors in der Bauchhöhle pflanzt sich auf sie fort.

Diagnose: Myoma uteri subserosum. (Sarkomatös entartet).

Operation: Am 15. VII. 96. Myomotomie. Geheilt entlassen am 5. VIII. 96.

Fall 16.

Frau St., Arbeiterfrau, 45 Jahr, aus Tuchen bei Bütow.

Aufgenommen am 29. X. 96, operiert am 2. XI. 96, geheilt entlassen am 3. XII. 96.

Anamnese: Pat. ist seit ihrem 15. Lebensjahr regelmässig menstruiert, hat ein normales Wochenbett vor $2^1/_2$ Jahren durchgemacht. Seit 6 Jahren starke Meno- und Metrorrhagieen, Drücken im Unterleib, Drängen zum Urinlassen, Brechreiz. Seit den letzten 4 Jahren bemerkt die Kranke starke Anschwellung des Leibes.

Status: Mässig genährt, Chloasmata uterina, fast leidlich gesunde Gesichtsfarbe, kräftig gebaut, gute Muskulatur, leidlich dicke Bauchdecken. Herzaction normal, Puls 84. Brust mässig entwickelt, Bauch stark aufgetrieben, Nabel eingezogen, Linea alba nur andeutungsweise vorhanden. Umfang in Nabelhöhe 83,5, zwischen Nabel und Symphyse 90, Spina rechts 21, links 19,25 cm. Bauchhaut sonst glatt. Perkussionsschall bis Nabelhöhe deutlich tympanitisch, ebenso im linken Hypochondrium, weniger weit ausgebreitet im rechten. Bei der Palpation fühlt man zwei durch eine Furche getrennte Tumoren. Der links liegende, von Kindskopfgrösse, hängt im unteren Teil mit

dem rechts liegenden zusammen und ragt 2 Finger bis unter den Nabel 11 cm in die linke Seite herein. Der rechts liegende steht etwas höher, reicht in Nabelgegend fast 3 Finger über den Nabel und erstreckt sich 20 cm weit in die rechte Bauchseite. Während in der Mittellinie und nach links der Tumor bis zur Symphyse heruntergeht, kann man rechts den Finger noch zwischen Tumor und dem horizontalen Schambeinast einschieben. Die Beweglichkeit der Geschwulst ist keine sehr grosse und gering von rechts nach links. Der Scheideneingang ist mässig eng, die Scheide weit; im hinteren Scheidengewölbe, dasselbe ziemlich tief herunterdrückend, sodass es tiefer als die Portio ist, liegt ein fester, in der linken Seite den ganzen Douglas ausfüllender Tumor. Der Uterus ist nach vorn geschoben, sodass die Portio dicht an der Symphyse liegt, Portio 1 cm lang, äusserer Muttermund quer gespalten, für die Fingerspitze etwas durchgängig.

Diagnose: Fibromyoma uteri subserosum.

Operation: Am 2. XI. 96. Myomotomie. Geheilt entlassen am 3. XII. 96.

Fall 17.

Frau K., Arbeiterfrau, 42 J., aus Schippenzanow bei Coeslin.

Aufgenommen am 6. XI. 96, operiert am 12. XI. 96, geheilt entlassen am 9. XII. 96.

Anamnese: Pat. ist seit ihrem 16. Jahre regelmässig alle 4 Wochen menstruiert, das letzte Mal vor 3 Wochen, hat 10 Geburten, die letzte vor 3 Jahren mit starkem Blutverlust verknüpft, und 3 Aborte gehabt. Seit 2 Jahren starke Menorrhagieen, sowie Schmerzen und Ziehen im Unterleib. Die Beschwerden sind so heftig, dass Pat. arbeitsuntähig ist.

Status: Die Kranke sieht anämisch aus; die Bauchhaut ist faltig, alte Narben, Linea alba pigmentiert, Nabel prominent; durch die Bauchdecken kann man deutlich einen Tumor durchfühlen, der von der Symphyse bis in die Mitte der Nabelhöhe reicht. Im vorderen Scheidengewölbe eine prall elastische glatte Geschwulst, die dasselbe ganz ausfüllt. Vaginalportion stark nach hinten stehend, äusserer Muttermund etwas geöffnet; 4 Finger breit über der Symphyse kann man den sehr festen Tumor deutlich nachweisen; derselbe ist beweglich, von glatter Oberfläche und völlig zu umgreifen.

Diagnose: Fibromyoma uteri intramurale.

Operation: Am 12. XI. 96. Amputatio supravaginalis uteri.

Geheilt entlassen am 9. XII. 96.

Fall 18.

Frau A. Z., Arbeiterfrau, 36 Jahr, aus Plauentin bei Gr. Jestin.

Aufgenommen am 5. I. 1897, operiert am 12. I. 97, geheilt entlassen am 8. II. 97.

Anamnese: Pat. ist seit ihrem 20. Jahre regelmässig menstruiert, 3 normale Geburten, die letzte vor 7 Jahren. Seit April 1896 starke wehenartige Schmerzen, ferner sehr starke unregelmässige Blutungen. Dem Blut waren zuweilen Fetzen beigemischt. Die Kranke ist durch die Blutungen sehr schwach geworden und leidet an öfter wiederkehrenden Ohnmachtsanfällen.

Status: Pat. ist von schwächlichem Bau, sehr anämisch. Die Unterbauchgegend ist bis zum Nabel stark aufgetrieben, die Bauchhaut schlaff, alte Striae,

Linea alba kaum pigmentiert. Schon bei der Inspection sieht man einen kugeligen Tumor, der sich bis zum Nabel erstreckt, 10 cm weit in die linke, 8 cm in die rechte Seite hineinragt. Derselbe ist ziemlich verschieblich, zeigt eine glatte Oberfläche und ist von prallelastischer Konsistenz. Auf der linken Seite liegt demselben ein 5 cm langer und reichlich fingerdicker walzenförmiger Tumor an, der bei der Betastung sehr schmerzhaft ist. Nach unten hin lässt sich derselbe deutlich ins kleine Becken verfolgen. Ueber ihm ist der Perkussionsschall absolut gedämpft, über den übrigen Partieen des Abdomens tympanitisch. Umfang des Leibes in Nabelhöhe 74, zwischen Nabel und Symphyse 82 cm, Spina links und rechts 15 cm, Entfernung vom Proc. xiph. bis zur Symphyse 31, vom Nabel bis zur Symphyse 17,5 cm.

Leichter Prolaps der vorderen Scheidenwand, Muttermund steht offen, vordere Muttermundslippe fast ganz verstrichen, hintere $^1/_2$ cm lang. Durch das vordere Scheidengewölbe ist der Tumor durchzufühlen und erstreckt sich ziemlich weit ins linke Scheidengewölbe herein. Bewegungen des Tumors in seitlicher Richtung machen sich wenig an der Vaginalportion bemerkbar, während bei Bewegung von oben nach unten eine deutliche Mitbewegung stattfindet. Die Beweglichkeit des Tumors ist in seitlicher Richtung überhaupt sehr beschränkt.

Diagnose: Fibromyoma uteri submucosum.

Operation: Am 12. Januar 1897. Amputatio supravaginalis uteri.

Geheilt entlassen am 8. II. 97.

Fall 19.

M. K., Näherin, 37 Jahre, aus Grimmen.

Aufgenommen am 3. III. 97, operiert am 6. III. 97, noch in der Klinik befindlich.

Anamnese: Pat. ist seit ihrem 13. Lebensjahre regelmässig alle 4 Wochen achttägig menstruiert. Seit 3 Jahren fortwährende Schmerzen in der linken Seite, welche sich bei der Regel steigerten. Die Regel ist seit dieser Zeit bedeutend schwächer geworden, sie dauert nur noch 2 Tage. Seit 6 Wochen besteht blutiger Ausfluss und unerträglicher Schmerz.

Status: Pat. ist von gracilem Bau, blasser Gesichtsfarbe. Der Leib ist eingezogen, die Linea alba schwach pigmentiert, Striae fehlen; Herzaction normal, Puls 60, keine Oedeme. Die Palpation des Bauches verursacht keine Schmerzen, nur in der linken Inguinalgegend über dem horizontalen Schambeinast wird gelegentlich über Schmerzen geklagt, doch ist bei tiefer Palpation eine Empfindlichkeit nicht vorhanden. Die Perkussion ergiebt überall tympanitischen Schall. Der Scheideneingang ist ausserordentlich eng, die Untersuchung schmerzhaft, die Vaginalportion nach der rechten Seite verschoben, der Uterus ist vergrössert; auf der linken Seite neben dem Uterus befindet sich ein ungefähr faustgrosser, harter, glatter, etwas beweglicher Tumor, der bei der Verschiebung sehr schmerzhaft ist, dicht dem Uterus anliegt, aber nicht direkt mit ihm verbunden ist.

Diagnose: Fibrom des breiten Mutterbandes.

Operation: Am 6. III. 97. Myomotomie. Pat. befindet sich nach der Operation gut und wird voraussichtlich geheilt entlassen werden.

Operationsmethode I.

Amputatio supravaginalis uteri.

Nach der üblichen Vorbereitung und Beckenhochlagerung Schnitt in der Linea alba, der etwa 1 cm unterhalb des Nabels beginnt und 3 cm über

der Symphyse endet. Nach schichtweiser Durchtrennung der Bauchdecken wird das Peritoneum zwischen zwei Pincetten gefasst, angehoben und in der Ausdehnung des Bauchschnittes durchtrennt. Hierauf wird der durch den Tumor vergrösserte Uterus mittelst einer starken Muzeux'schen Zange gefasst und möglichst weit vor die Bauchhöhle hervorgezogen. Sodann wird zunächst das rechte breite Mutterband mit mehreren Ligaturen schichtweise unterbunden, nach innen davon dicht am Uterus eine Fritz'sche Adnexzange angelegt und zwischen Ligaturen und Zange durchschnitten. Auf der linken Seite geschieht dasselbe. Nachdem noch die Blase vom Uterus bis zum Cervikalteil stumpf abgelöst worden ist, ist es nunmehr ermöglicht, den Uterus so weit vor die Bauchwunde zu dislocieren, dass jetzt ein Gummischlauch provisorisch um den Cervikalteil des Uterus gelegt werden kann. Derselbe wird stark angezogen, geknotet, und der Knoten mit einer Klemmzange gefasst. Sodann wird von der vorderen und hinteren Seite des Uterus soviel Peritoneum nach unten hin abgelöst, wie für die spätere Stumpfversorgung notwendig erscheint. Hierauf erfolgt die supravaginale Abtragung des Uterus mit dem Tumor etwa 1 cm oberhalb des abschnürenden Schlauches. Die nunmehr sichtbar werdenden Gefässe, namentlich die Uterinarterien, werden einzeln gefasst und unterbunden. Der in der Mitte des Stumpfes erscheinende Cervikalkanal wird nun entweder ausgetupft oder mit dem Paquelin ausgebrannt. Alsdann wird der Schlauch abgenommen. An seiner Stelle wird der Stumpf durch eine starke Seidenligatur versichert. Sodann wird der Stumpf in der Weise versorgt, dass das vom Uterus losgelöste Peritoneum viscerale über dem Stumpf durch Catgut-

knopfnähte geschlossen wird, indem gleichzeitig der Stumpf in der Tiefe von den Nähten mitgefasst wird. Toilette der Bauchhöhle. Fortlaufende Cutgutnaht des Peritoneum und der Fascie, tiefe und oberflächliche Seidennähte schliessen die Bauchwunde vollkommen. Bestreuen der Wunde mit Jodoform, Auflegen von Jodoformgaze und Watte, Heftpflasterverband.

Operationsmethode II.

Myomotomie.

Dieselbe gleicht vollkommen der soeben beschriebenen Operationsmethode I. Jedoch bleibt hierbei der Uterus mit seinen Adnexen erhalten, nur der zu entfernende Tumor wird losgelöst und der zurückbleibende Stumpf desselben in der typischen Weise versorgt.

Betrachten wir noch einmal die im Vorhergehenden angeführten 19 Fälle von Myomoperationen aus der Kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Greifswald, so sehen wir, dass 18 davon mit völliger Heilung endigten und nur bei einem einzigen der Exitus letalis eintrat. Dies ergiebt eine Mortalitätsziffer von 5,26%, ein Erfolg, welche der intraperitonealen Stielversorgung vor der extraperitonealen den Vorzug zu geben entschieden berechtigt ist.

Am Schlusse meiner Arbeit gestatte ich mir, meinem hochverehrten Lehrer und Chef, Herrn Geheimen Medizinalrat Professor Dr. Pernice, für die gütige Ueberweisung dieses Themas, sowie dafür meinen herzlichsten Dank auszusprechen, dass ich in seiner Klinik ein halbes Jahr als Unterarzt thätig sein durfte.

Lebenslauf.

Paul Fleischer, katholischer Konfession, Sohn des zu Zülz, Kreis Neustadt, Oberschlesien verstorbenen Ökonomen Leo Fleischer und dessen ebendaselbst verstorbenen Ehefrau Eva, geb. Heisig, wurde am 5. August 1871 zu Zülz geboren. Nachdem er sein Reifezeugnis am Kgl. Gymnasium zu Ratibor Ostern 1893 erhalten hatte, bezog er die Kgl. Universität zu Greifswald, um sich dem Studium der Medizin zu widmen. Hier bestand er im Februar 1895 die ärztliche Vorprüfung und trat sodann am 1 April 1895 beim 10. Kgl. Sächsischen Infanterieregiment Nr. 134 zu Leipzig ein, woselbst er bis zum 1. Oktober 1895 seiner Militärpflicht genügte. Hierauf studierte er wieder in Greifswald, wo er am 8. März 1897 sein Tentamen medicum und am 13. März 1897 sein Examen rigorosum bestand.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender Herren Professoren und Dozenten:

Arndt, Ballowitz, Grawitz, Heidenhain, Helferich, Holtz, Landois, Limpricht, Loeffler, Mosler, Peiper, Pernice, v. Preuschen, Schirmer, Schmitz†, Schulz, Solger, Sommer, Strübing, Tillmanns.

Allen diesen seinen hochverehrten Herren Lehrern spricht Verfasser an dieser Stelle seinen wärmsten Dank aus.

Thesen.

I.

Die intraperitoneale Stielversorgung ist bei Fibromyomoperationen des Uterus entschieden der extraperitonealen vorzuziehen.

II.

Bei Peritonitis tuberculosa ist die Laparotomie indiziert.

III.

Die innere Untersuchung von Kreissenden durch Hebammen ist auf ein Minimum einzuschränken.